UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 100

LES ACCIDENTS INTRA-SACCULAIRES

DES

GROSSES HERNIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1911

PAR

Gabriel ESPAGNE

Né à Aumessas (Gard), le 21 mai 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*
GILIS, professeur,
SOUBEYRAN, agrégé,
LAPEYRE, agrégé libre.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE L. CAMINADE
Quai Sauvages

1911

LES ACCIDENTS INTRA-SACCULAIRES

DES

GROSSES HERNIES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 100

LES ACCIDENTS INTRA-SACCULAIRES

DES

GROSSES HERNIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1911

PAR

Gabriel ESPAGNE

Né à Aumessas (Gard), le 21 mai 1885

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	TÉDENAT, professeur, *Président.*	
	GILIS, professeur,	*Assesseurs.*
	SOUBEYRAN, agrégé,	
	LAPEYRE, agrégé libre.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE L. CAMINADE
Quai Sauvages

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. lib. (ch. de c.)
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse :

MM. TEDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GILIS, *prof. adj.*	LAPEYRE, *agrégé libre.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR B. MARTIN

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ BOTANIQUE DE FRANCE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE NIMES

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR AD. ESPAGNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

CH. ESPAGNE

JUGE AU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE GUELMA

(PROVINCE DE CONSTANTINE, ALGÉRIE)

G. ESPAGNE.

A MON PÈRE LE DOCTEUR V. ESPAGNE

CONSEILLER GÉNÉRAL DU GARD

A MA MÈRE

A MON FRÈRE J. ESPAGNE

LAURÉAT DE L'UNIVERSITÉ (PRIX BERTHELOT 1910)

ÉLÈVE A L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

A MON ONCLE L'ABBÉ EM. ESPAGNE

CURÉ A ALIGNAN-DU-VENT (HÉRAULT)

G. ESPAGNE.

A MA TANTE MADEMOISELLE A. MARTIN

A TOUTES MES TANTES

A MON EXCELLENT AMI

MONSIEUR PIERRE COLOMBIER

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MON PREMIER MAITRE EN MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

G. ESPAGNE.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions entreprendre l'exposition de notre sujet sans témoigner à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier notre vive reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il nous ont donné.

Nous remercions particulièrement Monsieur le professeur Tédenat d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse et de nous avoir donné quelques observations personnelles. Il a été pour nous, pendant toutes nos études médicales, non seulement un maître bienveillant, mais aussi un conseiller de tous les instants ; qu'il nous permette de lui adresser ici l'assurance de notre plus vive gratitude.

LES ACCIDENTS INTRA-SACCULAIRES

DES

GROSSES HERNIES

INTRODUCTION

Il est difficile de dire où commence une grosse hernie. Il est évident qu'entre une petite hernie de la grosseur d'une noix et la hernie du volume d'une tête d'enfant, il y a un abîme. Mais entre les deux tous les intermédiaires existent. En clinique, on catalogue très bien les grosses hernies, et s'il n'est pas possible de les définir par leur volume ; elles ont quelques caractères anatomiques importants. Ce sont des prolongements de la grande cavité abdominale, communiquant avec celle-ci par un *collet large,* ou mieux *se continuant avec celle-ci d'une façon insensible.* Elles peuvent contenir la plupart des viscères abdominaux, et parmi ceux que l'on rencontre le plus fréquemment, sont l'intestin grêle, le gros intestin et l'épiploon.

Les grosses hernies peuvent entraîner toute une série de complications générales et locales. Nous nous occuperons ici simplement des complications qui intéressent

particulièrement le chirurgien ; des complications intra-sacculaires, complications d'autant plus intéressantes et d'autant plus graves qu'elles soulèvent encore aujourd'hui la question de l'étranglement dans tous les cas, et que, d'autre part, la temporisation en cette matière n'a abouti qu'à des désastres.

Nous ne dirons pas en commençant quels sont ces accidents. Le faire serait résoudre d'ores et déjà un des côtés du problème : l'étranglement explique-t-il tous les accidents, ou bien n'est-il qu'un de ces accidents ?

D'autre part, nous nous en tiendrons rigoureusement aux faits, aux observations publiées. Sans doute, nous n'utiliserons pas tous les cas parus, mais un certain nombre seulement, qui nous ont paru susceptibles d'apporter par leur étude quelque lumière sur la question qui nous intéresse.

Après un rapide exposé des théories émises ou admises à l'heure actuelle, nous aborderons l'étude des lésions faites d'après les cas observés, et qui nous permettra de classer ces accidents. Enfin, après avoir esquissé leur symptomatologie et leur diagnostic, nous examinerons quelle est la ligne de conduite à tenir, et cela en nous basant toujours sur les résultats obtenus.

HISTORIQUE

Nous n'allons pas énumérer ici tous les travaux parus sur la question, toutes les discussions auxquelles elle a donné lieu. La chose a été trop bien faite par des maîtres tels que Malgaigne ou Broca, pour que nous puissions apporter quoi que ce soit de neuf. Nous nous contenterons, même pour ce qui est postérieur à ces auteurs, de présenter, d'une façon aussi claire que possible, les principales théories émises touchant ces accidents intrasacculaires. Il nous suffira de comparer les conclusions des deux auteurs précités à celles de Gosselin, le plus autorisé de leurs contradicteurs, et de voir ensuite quelle est, à l'heure actuelle, l'état de la question.

Malgaigne n'admet pas l'étranglement. Pour lui, les hernies intestinales anciennes, volumineuses, non contenues par un bandage, ne peuvent pas présenter cette complication, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup trop larges. Cette notion de l'inflammation herniaire, Malgaigne la développait en 1840 dans un mémoire à l'Académie de Médecine ; il entraînait à sa suite de nombreux chirurgiens, dont Broca. Ses conclusions étaient redoutables au point de vue des conséquences qui en découlaient : l'intervention sanglante était formellement rejetée.

Broca admet les opinions de Malgaigne comme exactes dans le plus grand nombre des cas ; les hernies volumineuses, anciennes, non maintenues, ne peuvent jamais

être le siège d'un étranglement véritable. Pour lui, la première lésion est une lésion purement inflammatoire, soit osseuse, soit parenchymateuse. Si l'étranglement se produit, il n'est que secondaire, et l'intestin peut alors s'étrangler sur l'épiploon devenu adhérent, ou s'enrouler sur lui-même, comme Pigray l'avait supposé. « Certes, dit Broca, ce ne sont pas là des étranglements comparables à ceux que produit, par exemple, le collet du sac, mais enfin ce ne sont pas non plus des inflammations herniaires, et s'il faut ranger ces faits quelque part, il est manifeste que leur place est plutôt dans la catégorie des étranglements que dans celle des inflammations. » (Broca, thèse d'agrégation, 1857, p. 68).

Et Broca donne à l'appui de cette conception toute une série de faits cliniques dans lesquels il oppose l'étranglement proprement dit à l'inflammation pure et simple, le premier étant l'apanage des petites hernies, la seconde se voyant dans les hernies volumineuses non maintenues, assez tendues, à collet ou anneaux assez larges pour laisser passer un ou deux doigts à côté du pédicule.

Pourtant, entre ces deux types extrêmes, Broca admet qu'il existe tous les intermédiaires. Ces types intermédiaires s'observent souvent dans les hernies de volume moyen, mais Broca ne rapporte pas à l'appui de cette théorie des faits cliniques ou anatomiques probants. Aussi Gosselin lui répond-il que si la hernie est devenue difficile à réduire, s'il y avait des matières et des gaz, il y a tout lieu d'admettre un certain degré de constriction. Gosselin, en effet, en 1884, s'efforce de mettre les choses au point ; il rejette la théorie de l'inflammation simple pour les entérocèles, théorie désastreuse parce qu'elle commande la temporisation et n'accepte les idées de

Broca et Malgaigne que pour les épiplocèles, et encore avec des réserves.

Pour Broca, et nous l'avons dit plus haut, l'inflammation commence, l'étranglement n'apparaît qu'après ; il résulte de la résistance qu'oppose un anneau, un obstacle quelconque, à l'expansion d'un tissu enflammé. L'étranglement ne serait donc qu'une des complications de l'inflammation ; la distension de l'intestin hernié par des liquides et des gaz n'aurait qu'un rôle accessoire.

Gosselin ne partage pas cette manière de voir. Le gonflement inflammatoire des organes herniés n'est pas assez considérable pour amener entre le contenant et le contenu une disproportion qui explique la constriction ; et l'auteur se demande s'il est possible d'affirmer que l'inflammation soit la cause plutôt que l'effet de l'étranglement. Aussi, à l'inverse de Broca, Gosselin admet l'étranglement comme étant le *primum movens* des lésions qui, d'inflammatoires, peuvent devenir, si la constriction se prolonge, plus graves (perforation, escharre, gangrène libre).

D'après Le Dentu :

1° L'inflammation existe aussi bien pour les entérocèles que pour les épiplocèles. Elle peut succéder à l'engouement, à la présence d'un corps étranger, à des efforts répétés, au traumatisme.

2° Dans les grosses hernies, elle peut parcourir toutes les phases sans amener l'étranglement (pseudo-étranglement de Malgaigne).

3° Quand la hernie est petite ou moyenne, exceptionnellement lorsqu'elle est grosse, le gonflement amène l'étranglement par le collet ou les anneaux, selon les cas. C'est l'étranglement consécutif qui, avec l'inflammation

herniaire sans constriction, correspond à l'étranglement par engouement de Goursaud.

4° Enfin, s'il n'y a pas étranglement primitif, la constriction s'établit d'emblée, sans inflammation préparatoire, et si l'inflammation s'y ajoute, elle n'a qu'une action secondaire.

Duplay ne voit dans les divers étranglements que les diverse étapes d'un processus, toujours le même, commençant par une constriction mécanique, finissant par la gangrène.

A l'heure actuelle, quels sont les accidents que l'on considère comme vrais ? Si l'on ouvre les traités classiques, on constate que les auteurs admettent l'étranglement dans les grosses hernies, soit par augmentation progressive du contenu herniaire, soit par coudure sur une bride ou une adhérence, et ils rejettent les vieilles, théories de l'engouement, et de l'étranglement par inflammation, qui ne sont que des conditions adjuvantes secondaires, les causes véritablement efficientes consistant dans le gonflement du contenu par les phénomènes vasculaires de stase veineuse et d'œdème consécutifs et la distension de l'anse herniée.

L'engouement ne peut être admis si on le définit avec Broca « cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage et à y déterminer des accidents ».

L'inflammation est admise, mais avec un point d'interrogation, par certains auteurs. Tantôt sa cause serait obscure et banale, tantôt, et dans les cas les plus nombreux, le point de départ serait net, l'intestin serait en cause, soit qu'il soit perforé par des corps étrangers, soit qu'il soit

simplement obstrué. Une infection extérieure pourrait également gagner le sac et créer la péritonite herniaire.

A côté de ces accidents, se trouvent les adhérences, bien étudiées par Boiffin en 1887, admises par tous, et sur lesquelles nous aurons à revenir longuement, quand nous étudierons les lésions.

En résumé, à l'heure actuelle, l'étranglement semble être, du moins par certains auteurs, sinon l'unique, du moins le principal accident des hernies.

Examinons par conséquent le contenu d'une grosse hernie. Voyons, en nous basant sur les faits, quelles sont les modifications qu'il présente. Alors, mais seulement alors, il nous sera possible de les classer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Que renferme une grosse hernie ?

On a trouvé dans une grosse hernie la plupart des organes abdomino-pelviens.

Pour être plus clair, et afin que l'étude des complications intrasacculaires soit plus aisée, nous n'envisagerons que les cas où le contenu herniaire est formé par l'intestin grêle ou gros et par l'épiploon.

Nous n'oublierons pas toutefois que certains organes, tels que l'appendice ou les annexes, peuvent par leur présence ou par leurs lésions propres, faire la péritonite herniaire, mais nous le répétons pour plus de clarté, nous n'envisagerons que les cas où intestin et épiploon forment tout le contenu herniaire.

I. — Les éléments de la hernie

A. Le sac. — Le sac est formé par le péritoine, voisin du trajet herniaire. Contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des petites hernies, le collet est large, se prête mal ou pas du tout à l'étranglement ; la face externe du sac est tantôt lisse, séparée par un plan de clivage des tissus environnants, tantôt adhérente. Ces adhérences résultent surtout soit du port d'un bandage, soit de l'irritation qu'exerce la tumeur herniaire sur le tissu graisseux voisin.

B. Intestin grêle. — L'intestin grêle peut occuper l'intérieur d'une grosse hernie ; il devient alors, comme la vessie, blanchâtre, à moins qu'il ne soit facilement réductible, et que ce ne soit la même anse qui fasse constamment partie de la tumeur.

C. Gros intestin. — Il n'est pour ainsi dire pas de segment du gros intestin qui ne puisse se hernier et pas de trajet herniaire que chacun d'eux ne puisse occuper.

Parmi ces hernies, les unes sont rares ou ne présentent pas de caractère spécial, soit pathogénique, soit clinique.

Telles sont les hernies du côlon transverse, à travers l'ombilic, les hernies plus rares des côlons ascendant et descendant. Les autres, les plus fréquentes et les plus intéressantes, sont les hernies du cœcum et de l'S iliaque. Le cœcum peut se hernier par glissement ou par bascule, abstraction faite des hernies congénitales ; il peut, par conséquent, présenter dans le sac ces adhérences charnues naturelles, décrites par Scarpa, sur lesquelles on a tant écrit, et qui sont très simples à comprendre si on veut bien se rappeler que primitivement le cœcum est muni d'un méso qui disparaît par coalescence avec le péritoine pariétal postérieur.

L'S iliaque se hernie par glissement ; il semble que le péritoine et l'intestin se sont déplacés en bloc.

D. Epiploon. — L'épiploon à son tour peut descendre dans le sac et former une masse plus ou moins volumineuse.

II. — Les altérations et modifications de ces éléments

Nous allons voir apparaître successivement tous les accidents herniaires intrasacculaires.

A. Modifications histologiques et fonctionnelles du péritoine.

Moro, de Gênes, a fait des expériences et des examens histologiques nombreux, d'où il résulte que le péritoine de ces hernies possède constamment un degré d'élasticité et de résistance supérieure à celui du péritoine normal. L'examen des préparations histologiques montre une hypergénèse du tissu élastique très notable dans la couche conjonctive sous-endothéliale. Ces données anatomiques sont conformes à la loi biologique générale, qui veut qu'un organe dont le travail physiologique est augmenté s'hypertrophie. Le tissu conjonctif élastique du péritoine du sac herniaire soumis à la pression abdominale, et mal soutenu par les tissus voisins, supporte un excès de pression et, en conséquence, s'hypertrophie.

B. Apparition des adhérences.

Il est bien rare que, dans une vieille et grosse hernie, il ne s'établisse pas des adhérences. Nous voulons parler des adhérences inflammatoires ; les adhérences charnues naturelles, dont il a été question plus haut, peuvent jouer, elles aussi, un rôle dans l'apparition des accidents.

Connues et étudiées depuis fort longtemps, elles ont été déjà décrites, au siècle dernier, par J.-L. Petit, Arnaud, Richter.

Elles sont plus rares de nos jours; parce que les bandages sont mieux construits, parce que surtout, grâce à l'extension de la cure radicale, on trouve peu de ces vieilles hernies volumineuses, qu'un suspensoir seul peut maintenir.

Ces adhérences peuvent être dues à une péritonite herniaire, quelle que soit l'origine de cette dernière.

Mais de pareils faits sont assez rares, et bien souvent il est difficile de savoir exactement quelle est la cause des adhérences inflammatoires. Tout au plus, si on trouve dans l'histoire du malade quelques crises d'irréductibilité passagère.

Dans d'autres cas, l'examen est négatif ; on ne retrouve pas la moindre trace d'accidents aigus ou subaigus, et pourtant l'intervention permet de constater des adhérences extrêmement solides et résistantes unissant les organes herniés entre eux ou avec le sac.

On ne peut incriminer alors que les petits traumatismes, les froissements, les heurts auxquels sont exposés sans cesse les grosses hernies mal réduites. Nous citerons, pour y revenir plus tard, les adhérences dues à la tuberculose ou à un néoplasme herniaire.

Le processus de formation de ces adhérences est le même ici qu'en tout point du péritoine ou dans le péricarde ou les plèvres. Dans un premier temps, apparaît un exsudat fibrineux qui colle l'une à l'autre les surfaces séreuses en présence. Ces adhérences fibrineuses, blanchâtres, ressemblent à de la glu ou de la colle. Elles peuvent se résorber et disparaître.

Si elles persistent, elles vont se modifier dans un second temps et s'organiser.

Des vaisseaux néoformés apparaissent, des cellules conjonctives les envahissent ; la fibrine disparaît et fait place à un tissu conjonctif dont la résistance s'accroît avec le temps.

Nous avons alors les adhérences vraies conjonctives, les plus importantes, et qu'il nous faut décrire avec quelques détails.

Tantôt elles sont courtes, les surfaces en contact étant intimement soudées, tantôt elles ont une certaine longueur ; leurs formes varient depuis la bride et la cloison incomplète jusqu'au ruban plus ou moins large, au cordon plus ou moins volumineux.

Quelquefois peu résistantes, le doigt les déchire facilement ; d'autres fois, le bistouri seul peut les rompre. Ce sont alors les adhérences calleuses.

Elles peuvent occuper toutes les situations, former les cloisonnements qui divisent le sac en loges indépendantes, dont les orifices de communication seront autant d'agents d'étranglement. Elles peuvent unir les organes herniés entre eux et au sac, comme nous le verrons plus loin, et dans maintes observations.

Observation première

Hernie étranglée par une bride provenant du sac avec intégrité des anneaux et adhérences de l'intestin au sac (Pasturaud, Bull. Soc. Anat. 1873). (Résumée)

Malade âgé de 45 ans, porteur d'une hernie inguinale volumineuse, qui s'étrangle le 21 mars. Le 22 mars, apporté à l'hôpital.

Etat général mauvais. Tillaux, pensant à une péritonite herniaire, ordonne un bain chaud prolongé, après lequel on fit une légère tentative de taxis, sans succès. Vomissements fécaloïdes, mort le 23 à 2 heures du matin. A l'autopsie, sac épais, avec liquide séro-sanguinolent. Les anses intestinales qui se présentèrent les premières, et qui étaient saines, furent facilement réduites dans la cavité abdominale, *à travers un anneau très élargi, pouvant laisser passer les trois doigts*. Une anse seule ne peut se réduire, adhérente qu'elle est au fond du sac. Elle est noirâ-

tre, non perforée et étranglée par une bride très forte, dont les deux extrémités étaient adhérentes à la paroi postérieure du sac. Avant de s'engager sous la bride, il présentait sur un coude qu'il formait à ce niveau *une forte adhérence au moyen de son épiploon,* mais très près des tuniques intestinales.

C. Altérations de l'intestin

1° Altérations de l'intestin grêle. — L'intestin grêle, comme le gros intestin du reste, peut présenter deux groupes d'accidents : a) *des accidents mécaniques* ; b) *des accidents infectieux.*

a) *Les accidents mécaniques* : Ils consistent en obstruction par les matières fécales ou par des corps étrangers, ou en coudures, volvulus, invaginations.

Observation II

Hernie étranglée réduite par l'opération. — Retour des vomissements. — Mort. — Coudure de l'intestin par adhérences (Spantin), *In.* Rev., Hayem, 1880. Résumée.

Femme de 39 ans, hernie crurale droite, datant de trois ans et étranglée depuis 24 heures. Opération facile. Mort avec constipation opiniâtre, fièvre et vomissements.

Autopsie : pas de péritonite ; à quinze centimètres de sa terminaison, l'intestin grêle adhère par son bord libre au côté externe de l'anneau crural, dans une étendue d'environ un centimètre ; *à ce niveau, l'intestin grêle est absolument et fortement coudé.*

Au-dessus du coude, distension de l'intestin par des gaz et des matières fécales. Le bout inférieur est vide.

Observation III

Adhérences entre les deux branches d'une anse intestinale. — Coudure. — Occlusion intestinale herniaire (Riedel, Central Blatt. Chir. 1883, n° 25).

Hernie étranglée réduite par le taxis; persistance des signes d'étranglement. Kélotomie. L'intestin est coudé sur lui-même et adhérent par sa concavité. Résection. Réduction. Guérison.

Observation IV

Hernie réduite avec adhérences des deux branches de l'anse intestinale. — Persistance des accidents. — Mort. — (Cooper, p. 251

Malade avec hernie étranglée. On réduit sans détruire les adhérences qui s'étaient formées entre les anses intestinales. Les selles ne se rétablissent pas. A l'autopsie : *adhérences des deux portions intestinales collées parallèlement l'une à l'autre ; les matières fécales étaient accumulées au-dessus du pli intestinal.*

b) *Les accidents infectieux* : A côté de ces lésions d'ordre mécanique, se placent des lésions inflammatoires. Sans qu'il y ait étranglement, l'intestin peut s'infecter, s'ulcérer, se perforer ; l'entérite se complique de péritorite. Qu'il nous suffise de résumer ici une observation de M. le professeur Tédenat, parue in *Montp. Méd.* de 1891, et dans la thèse de Mazoyer (Montpellier, 1898).

Observation V

A. A..., 52 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, mal maintenue et du volume d'une tête de nouveau-né.

Elle s'étrangle dans la nuit du 8 au 9 février 1887 ; le 10, vomissements fécaloïdes. Le malade entre à l'hôpital St-Eloi, après avoir été secoué par les cahots d'une voiture. Etat général mauvais. Taxis modéré. Echec. Compression avec la bande de caoutchouc. Echec. Aggravation des symptômes. Vomissements fécaloïdes. Hoquet. Le 11 au matin, M. le professeur Tédenat, qui, la veille, à cause du *volume de la tumeur et de la bénignité des accidents, croit à une inflammation herniaire et diffère l'opération, se hâte d'opérer*. Sac distendu par un liquide brunâtre, exhalant une odeur fétide. Intestin rouge brunâtre, avec taches ecchymotiques et double perforation. Le doigt passe facilement entre le collet du sac et l'intestin hernié. Résection intestinale ; pas de sillon de constriction. Mort à huit heures du soir. La portion intestinale réséquée est en voie de sphacèle (ulcérations de la muqueuse, etc.). L'autopsie montre la propagation de l'inflammation intestinale à une certaine distance, et une congestion intense du foie, de la rate, des reins, avec légère hypostase dans les poumons.

En résumé : entérocèle volumineuse non adhérente. Entéropéritonite herniaire avec perforations multiples sans traces de constriction. Entéropéritonite généralisée. Mort.

Nous pourrions en citer d'autres, la plupart rapportées par Mazoyer dans sa thèse, et dues à Monsieur le professeur Tédenat.

Entre autres, celle de cet homme de 63 ans, porteur d'une entéroépiplocèle ombilicale qui, à la suite d'une indigestion de viande faisandée, présenta une gastro-entérite aiguë, avec prédominance des phénomènes infectieux sur l'anse herniée, perforation de cette anse sans qu'il y ait étranglement, et mort malgré l'intervention.

2° Altérations du gros intestin. — Le gros intestin, cæcum ou S iliaque, puisque ce sont les deux portions du gros intestin qui se hernient le plus fréquemment, présente également des lésions mécaniques infectieuses. C'est à ce niveau que l'on trouve surtout des matières fécales et des corps étrangers. Les cas de Carbonneau, d'Amyand, de Cooper, avec présence de corps étrangers, le cas de J.-L. Petit, qui, opérant une hernie dite étranglée, trouva l'intestin perforé par un pied d'alouette que le malade avait avalé par gloutonnerie, en sont des exemples nets.

Les matières fécales peuvent aussi stationner, témoin cette observation de Bermond, de Bordeaux (in thèse de Broca, observation 6) :

Observation VI

Bermond, de Bordeaux, opère une hernie inguinale droite, étranglée ou présumée telle. Il débride sur l'anneau inguinal, et s'efforce de réduire l'intestin. Celui ci, c'était le cœcum plein de matières très dures, ne peut franchir l'ouverture. Un deuxième débridement devient nécessaire, et alors après avoir malaxé la tumeur entre ses doigts pour écraser les matières contenues, le chirurgien finit non sans peine par effectuer la réduction.

Malgaigne et Gosselin en avaient rapporté chacun une observation. Broca en ajoute à ces deux et à celle précitée, trois autres.

Nous rappelons seulement la dernière.

Observation VII

(Résumée)

Homme de 65 ans, porteur d'une volumineuse hernie scrotale gauche, *toujours réductible*. Depuis 4 jours, irréductibilité, gonflement, constipation, état général bon.

Taxis infructueux. M. Dowel intervient. Intestin hernié. C'est une anse du côlon adhérente au sac, et *farcie d'excréments endurcis*. L'évacuation du contenu nécessita un large débridement.

En général, les accidents d'entéropéritonite se manifestent, surtout quand l'intestin hernié est l'intestin grêle.

Nous avons relevé peu de cas de péritonite herniaire dans les cas de grosses hernies, renfermant une anse de gros intestin. Les deux intestins, grêle et gros, peuvent enfin s'étrangler. Ici, il est rare que l'agent d'étranglement siège au niveau du collet ou de l'anneau. C'est bien souvent un étranglement intrasacculaire que l'on a sous les yeux. On trouve alors les lésions classiques de l'étranglement, sillon de striction, entéropéritonite, perforation. Nous reviendrons plus tard sur le mécanisme de cette lésion.

D. Altérations de l'épiploon

L'épiploon peut se trouver dans une grosse hernie, soit seul, soit avec de l'intestin ou tout autre organe. La surcharge graisseuse dont il est le siège tient à le porter dans les parties déclives de l'abdomen.

Certains auteurs admettent aussi que, lorsque l'épiploon envahit un sac herniaire préformé, il obéit à cet instinct

qui l'attire vers les parties de l'abdomen, qui sont le théâtre de prouesses pathologiques ; l'épiploon ne serait que le mode de guérison naturelle d'un trajet herniaire.

Ces hernies épiploïques exposent le sujet qui en est porteur à des accidents particuliers que nous allons envisager.

1° *Epiploïte.* — Cette lésion se produit surtout dans les hernies volumineuses anciennes, mal contenues. Velpeau l'a appelée *épiploïte larvée.* L'épiploon devient une masse solide, un gâteau irrégulier qui se modèle sur la forme de la hernie. A lieu de s'étaler librement quand on le sort du sac, il prend l'aspect d'un cordon rigide, allongé, avec des nodosités souvent volumineuses, et garde au niveau de l'anneau une empreinte circulaire. La masse herniée a augmenté de volume ; elle est irréductible.

Il se forme souvent des adhérences, qui fixent l'épiploon au collet du sac ou un point quelconque de sa paroi. Ces adhérences sont molles, parfois fibreuses ; elles se rompent en général facilement et créent rarement une complication opératoire.

Dans certains cas, les adhérences sont tellement nombreuses, qu'elles peuvent unir épiploon et sac à tel point que celui-là double intérieurement celui-ci.

Nous verrons plus loin les causes invoquées pour expliquer cette épiploïte.

2° *Etranglement de l'épiploon.* — L'épiploon présente de l'œdème, de la congestion. Les veines sont dilatées, gonflées en arrière de l'étranglement. La masse épiploïque devient épaisse, pâteuse : la graisse qui la compose devient blafarde, opaque ; il se forme des exsudats fibrineux. On a alors de gros paquets agglutinés les uns avec les autres. Les exsudats sont devenus des adhérences,

qui soudent les éléments de l'épiploon les uns avec les autres et avec le sac. La gangrène est rare. Ce qui est plus fréquent, c'est l'inflammation après l'étranglement. L'épiploon présente des hémorragies interstitielles, des exsudats puriformes, prend une teinte gris sale.

Pourtant, l'étranglement est assez rarement prononcé. L'inflammation peut se propager à tout le péritoine. Schmidt, Klenim en ont rapporté des exemples.

3° *Torsion épiploïque.* — Toute une série d'auteurs se sont occupés de cet accident. Lejars, en 1907, leur a consacré une étude magistrale. Cette torsion intra-herniaire est plus rare, il est vrai, que la torsion intra-abdominale.

Parfois, l'épiploon adhère au collet et au fond du sac ; la torsion se fait entre les deux. Parfois, la torsion est plus complète. Chavannaz a observé un véritable nœud ; Heitz et Bender ont vu une torsion en un point unique avec deux extrémités libres flottantes.

Nous avons indiqué jusqu'ici les principales lésions de l'intestin et de l'épiploon. Ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que ces différents organes peuvent adhérer les uns aux autres ou avec le sac.

Nous avons déjà rapporté quelques observations avec hernies adhérentes. Quand nous étudierons le mécanisme des accidents, nous en donnerons quelques autres.

Nous avons volontairement laissé de côté les cas où le contenu herniaire est autre (appendice, annexe, etc.). Il est bien évident que chacun de ces organes peut présenter à son tour des lésions spécifiques.

III. — Les accidents spécifiques

Les accidents sont de deux ordres :

A. La tuberculose herniaire ;

B. Les tumeurs herniaires.

A. La tuberculose herniaire.

C'est Cruveilher qui le premier attira l'attention sur cette lésion. Jonnesco, en 1891, fit la première étude d'ensemble sur la question, avec 11 observations. Depuis, de nouveaux cas ont été observés, et Cotte, en 1906, publia le travail le plus important, avec 136 cas.

La tuberculose peut frapper le sac seul, surtout chez l'enfant ; elle peut frapper le sac et les viscères, surtout chez l'adulte ; elle peut se localiser sur les viscères seuls (troisième forme de Jonnesco).

Ces lésions tuberculeuses peuvent être localisées ou généralisées à tout le sac, revêtir les formes miliaires, ulcéro-caséeuses ou fibreuses. L'intestin, l'épiploon présentent surtout des granulations. Parfois, le péritoine voisin est atteint.

B. Les tumeurs herniaires.

L'intestin peut présenter des tumeurs bénignes (polype intestinal de Sonnenburg) ou malignes (Le Fort et Raoult). L'épiploon peut être le siège de néoplasmes secondaires à un cancer abdominal (Codet et Cannuet), ou primitifs (Le Dentu). Le sac peut également être le siège de tumeurs malignes (Samuel, Lewis et Munardin).

Signalons enfin le développement d'une grossesse extra-utérine.

IV. — Les accidents traumatiques

Le traumatisme peut atteindre les grosses hernies comme tout autre organe. Nous pourrons avoir des plaies qui auront les mêmes caractères que les plaies abdominales. La contusion est plus intéressante à cause des lésions qu'elle détermine.

Dans ces grosses hernies, surtout lorsqu'elles sont irréductibles, l'intestin ne peut fuir, il est comprimé sur un plan résistant, peut éclater par augmentation brusque de pression, s'écraser sur la branche horizontale du pubis. Le sac peut être intact ou déchiré. L'hémorragie due à une blessure vasculaire a été signalée par Cooper.

Il est évident que de pareils accidents entraînent en général la péritonite herniaire.

Que conclure de cette étude anatomique ? Quels sont les accidents intrasacculaires de ces grosses hernies ? Nous pourrons les résumer dans le tableau suivant :

- COMPLICATIONS RARES
  - 1) Traumatiques.
  - 2) Tuberculeuses.
  - 3) Néoplasiques.
- COMPLICATIONS FRÉQUENTES
  - 1) Mécaniques (en réalité rattachées pour la plupart à l'inflammation).
    - Irréductibilité par perte de domicile et surtout par formation d'adhérences.
  - 2) Inflammatoires.
    - Entérite ou épiploïte.
    - Péritonite.
    - Ulcération, perforation.
  - 3) Étranglement ou suppression de la lumière intestinale.
    - Engouement (obstruction mécanique.
    - Changement de position.
      - Invagination.
      - Coudure.
      - Vulvulus.
    - Étranglement proprement dit.

Il est évident que, dans ce dernier groupe, il faut faire entrer les torsions et les étranglements de l'épiploon.

En fait, les complications fréquentes sont les plus intéressantes ; ce sont elles qui se présentent le plus souvent au chirurgien, et qui ont soulevé les grosses questions thérapeutiques, si importantes pour l'avenir des malades. Aussi, ce sont ces dernières seules qui nous intéresseront. Nous ne parlerons des premières qu'à propos du diagnostic et du traitement.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Comment expliquer ces accidents, en apparence si différents comme origine ?

I. — Formation des adhérences

Nous avons déjà, en étudiant les lésions, laissé entrevoir comment se formaient les adhérences. Il est nécessaire de donner quelues détails. Les adhérences dites inflammatoires, celles qui nous intéressent surtout, se forment la plupart du temps à la suite d'une irritation quelconque du péritoine, du sac, ou des viscères herniés, qu'il s'agisse d'irritation traumatique ou d'irritation infectieuse.

En effet, toutes les conditions sont réunies pour déterminer au niveau du sac ce processus irritatif aseptique, que l'on cherche à provoquer au cours de certaines interventions, sutures intestinales par exemple. Ce sac, dans lequel s'accumulent les viscères intrapéritonéaux, dans lequel ils sont comprimés plus que de coutume, les heurts, les mille petits traumatismes quotidiens extérieurs auxquels la hernie est exposée, la pression qu'exercent les viscères herniés sur la paroi du sac, les troubles circulatoires dans ces viscères, sont autant de causes susceptibles, sans la moindre trace d'infection, de réveiller un

processus irritatif congestionnant, de léser tant soit peu la séreuse et déterminer, par conséquent, la formation d'adhérences.

D'autre part, l'inflammation, ou pour mieux dire, l'infection, existe. Nous verrons dans le paragraphe suivant que dans ces grosses hernies, se font avec la plus grande facilité des lésions toxiques ou microbiennes qui, si légères soient-elles, vont déterminer une réaction péritonéale.

De là, l'apparition de ces adhérences si solides, si résistantes, de ces brides fibreuses qui cloisonnent le sac, le divisent en loges, bloquent les viscères herniés, les transforment en une masse unique, et deviennent ainsi les meilleurs agents de coudure intestinale et d'étranglement. Ces adhérences inflammatoires sont tantôt anciennes, tantôt récentes, et nécessitent dans certains cas l'intervention des ciseaux ou du bistouri pour libérer l'intestin.

En somme, les adhérences s'expliquent facilement, mais un des points les plus intéressants est la pathogénie des autres accidents, car certains opérateurs n'en ont reconnu qu'un seul : l'étranglement.

II. — L'Engouement

Longtemps considéré comme le seul accident des hernies, il fut détrôné quand Riolan et Franco découvrirent l'étranglement. Pourtant, l'engouement tel que le définit Broca, « cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse herniée de manière à y intercepter le passage et à y déterminer des accidents », l'engouement existe. Nous en avons rapporté quelques observations nettes, et Broca, dans sa thèse d'agrégation, avait pu réunir cinq cas d'obstruction par des matières fécales et quelques cas

d'obstruction par des corps étrangers. Nau en a rassemblé 23 cas, où tantôt l'engouement a été suivi dans son évolution clinique, tantôt les constatations anatomiques ont été suffisantes pour les mettre justement en cause.

Les déformations d'intestin, les adhérences et les altérations qu'il présente, capables de diminuer d'autant son pouvoir péristaltique, permettent d'expliquer très bien la stase des matières fécales. La déclivité vient la favoriser, les bosselures du gros intestin aussi ; c'est, en effet, sur le gros intestin surtout que se manifeste l'engouement.

III. — L'Inflammation

Il est impossible, après lecture d'un certain nombre d'observations, de rejeter l'inflammation en tant que telle, et de ne la considérer que comme une des complications de l'étranglement. L'entéro-péritonite herniaire, l'épiploïte existent sans constriction du contenu herniaire.

Les causes de l'infection sont les agents pathogènes habituels des entérites. Un sujet peut faire une gastro-entérite aiguë, consécutive, par exemple, à une ingestion trop considérable de viande faisandée. Ce processus frappe soit tout, soit partie du tractus intestinal ; l'anse herniée est atteinte au même titre que les autres. Or, elle se trouve dans des conditions défavorables.

Les troubles circulatoires, les atteintes inflammatoires antérieures, les coudures, les adhérences, empêchent cette partie-là de se défendre comme le reste du tractus intestinal. Les lésions se localisent avec une prédilection marquée à ce niveau ; elles atteindront une intensité considérable ; les microbes pourront traverser la paroi intestinale comme l'ont démontré Bosc et Blanc ; la péritonite succèdera à l'entérite. De là à l'ulcération et à la perfo-

ration, il n'y a qu'un pas. Ainsi se trouve réalisé le syndrome clinique de l'entéropéritonite herniaire, relevé dans plusieurs observations.

IV. — Coudures, Volvulus, Etranglement

L'étranglement dans les grosses hernies est rare au niveau du collet. On a bien dit que, dans certains cas, l'accès dans le sac d'une masse d'intestin plus volumineuse pouvait permettre l'étranglement tel qu'il est réalisé dans les petites hernies, mais, en fait, ces cas sont rares, et plus souvent l'étranglement est intrasacculaire.

Le mécanisme est alors semblable à celui de l'occlusion intestinale ordinaire, provoqué dans la grande cavité péritonéale par des brides ou des adhérences anormales de l'intestin.

Nous pouvons ramener cet étranglement à trois types :

A. *La coudure brusque* de l'intestin fixé en un point quelconque du sac (Hartmann et Linger), ou bien se repliant sur une bride étroite (Luther Holden, Berger), ou sur l'épiploon tendu et adhérent (Arnaud, Renault, Vidal, etc.), (Voir aussi les observations relatives aux adhérences.)

B. *Le volvulus.* — L'intestin s'enroule autour d'une bride. Viannay a pu constater au cours d'une kélotomie pour volumineuse hernie inguinale, l'existence d'un véritable volvulus. Nous en rapportons un autre cas dans une observation due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat (obs. XXX).

C. *La pénétration de l'intestin à travers un trou percé anormalement dans l'épiploon.* Les sacs épiploïques

décrits par Prescott, Hervet, peuvent aussi étrangler l'intestin qu'ils renferment. L'intestin étranglé va présenter les lésions classiques de l'étranglement sur le mécanisme desquelles il est inutile d'insister.

Les lésions de l'épiploon reconnaissent les mêmes causes.

En résumé, aucune des complications que nous avons énumérées ne nécessite un mécanisme si spécial qu'il ne soit connu.

L'irréductibilité par adhérence, l'engouement, l'inflammation, l'étranglement, s'expliquent très aisément, et l'étude des causes qui les déterminent permet de comprendre comment ces quatre complications principales peuvent être indépendantes les unes des autres, sauf peut-être en ce qui concerne l'étranglement et les adhérences, et comment il peut y avoir entre elles des relations de cause à effet, l'inflammation déterminant les adhérences qui causent l'irréductibilité, l'engouement ou l'étranglement, ce dernier à son tour pouvant se compliquer d'inflammation.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme nous l'avons fait pour la pathogénie, nous avons en vue simplement les complications fréquentes : les adhérences, l'engouement, l'inflammation, l'étranglement.

I. Les adhérences

Très souvent, les adhérences sont inconnues par le malade ; elles se développent lentement, insidieusement, sans phénomènes aigus d'aucune sorte. Rien n'attire l'attention de ce côté, tant qu'une complication ne les a pas mises en évidence.

Le principal symptôme est l'irréductibilité. Elle est rarement complète ; on peut, par des manœuvres méthodiques, faire rentrer une partie du contenu herniaire. L'intestin entre en produisant souvent un gargouillement caractéristique, mais il reste dans le sac une masse pâteuse, irrégulière, qui n'est que l'épiploon adhérent. Ce symptôme n'est pas pathognomonique. L'irréductibilité peut faire défaut. Des adhérences assez longues peuvent permettre la réintégration totale de l'intestin, surtout lorsqu'il s'agit de l'intestin grêle ; parfois, l'intestin, en se réduisant, entraîne le sac, ce qui donne à la main une sensation de vacuité de la région herniaire assez particulière pour permettre la reconnaissance facile de cette réduction anor-

male ; enfin, il ne faut pas oublier qu'il existe d'autres causes d'irréductibilité que les adhérences. Les autres symptômes n'ont rien de caractéristique. La hernie est un peu tendue, molle, indolore à la pression. A l'exploration, on trouve un anneau large ; à la palpation, des caractères variables suivant qu'il s'agit d'une entérocèle, d'une épiplocèle, ou des deux à la fois.

Les symptômes fonctionnels sont légers ou nuls : une gêne mal définie, une sensation de tiraillement ou de pesanteur dans le ventre, ou dans les reins, voilà ce que l'on constate.

Joignons à cela des troubles digestifs, qui peuvent dominer la scène, tels que les coliques, avec très rarement de la constipation et des vomissements, et vous aurez là tout le tableau clinique des grosses hernies adhérentes.

II Engouement

La symptomatologie de l'engouement est plus difficile à définir. On a insisté sur l'indolence de la tumeur herniaire, sur sa consistance anormale, due à la présence de corps étrangers ou de matières stercorales. En réalité, les symptômes n'ont rien de caractéristique, et le tableau clinique tel qu'il est donné dans la plupart des observations où on a constaté de l'engouement, se rapporte à ces complications dont les deux principales sont l'inflammation et la stercorémie. C'est ce qui explique les accidents infectieux secondaires, les vomissements que présentent les malades. Donc, si l'engouement mérite d'être maintenu en tant qu'obstruction de l'intestin par des matières fécales ou des corps étrangers, il est impossible de lui décrire une symptomatologie nette, car à vrai dire, elle ne l'est pas.

III. Inflammation des hernies

1° *Epiploïte*

Nous n'avons en vue que l'épiploïte primitive. Gosselin l'a très bien décrite : « La tumeur devient tout à coup volumineuse, elle ne se réduit plus ; elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques ; parfois, mais pas toujours, des nausées, avec quelques vomissements ; dans un certain nombre de cas, la constipation. »

Parfois tout rentre dans l'ordre ; parfois, au contraire, le processus infectieux continue à évoluer, l'inflammation gagne le sac, ses enveloppes, la peau elle-même, et nous assistons à l'apparition d'un phlegmon circonscrit ou d'une péritonite généralisée fatale.

Ces épiploïtes se produisent parfois à la suite de traumatismes, ainsi qu'en font foi les deux observations suivantes, empruntées à la thèse de Broca :

Observation VII

Garçon de 17 ans. Hernie scrotale congénitale, réductible, jamais maintenue. Chute de cheval : contusion du scrotum contre le pommeau de la selle ; vive douleur ; gonflement ; inflammation. Guérison des accidents, mais la hernie reste irréductible. Plus tard, Pott crut devoir pratiquer une opération de cure radicale.

Observation VIII

Homme de 30 ans, épiplocèle inguinale ancienne, n'ayant jamais pu être maintenue ; coup de pied de cheval sur la

tumeur, signe d'étranglement. Le quatrième jour, Norisse pratique l'opération. Sérosité sanguinolente dans le sac. Epiploon tuméfié et vascularisé ; *les anneaux sont parfaitement libres*. Excision de l'épiploon au-dessous d'une ligature. Mort 4 jours après. On trouve l'épiploon gangréné dans le ventre jusqu'à l'estomac.

2° *Entéro-péritonite herniaire*

Nous décrirons sous ce nom la majorité des accidents inflammatoires des grosses hernies.

Très souvent, en effet, l'infection péritonéale reconnaît comme point de départ l'intestin ; aussi, les lésions de ces deux organes coexistent, et il suffit de lire quelques-unes des observations rapportées à la fin de notre thèse pour se convaincre que l'entéropéritonite herniaire constitue à elle seule une entité clinique bien définie.

L'entéropéritonite herniaire s'annonce le plus souvent par des phénomènes herniaires et des troubles gastro-intestinaux. Le malade éprouve au niveau de sa hernie une vive douleur ; la tumeur herniaire augmente de volume, se tend, devient douloureuse au palper.

En même temps apparaissent des coliques, constipation légère, vomissements.

Mais il faut bien savoir que ce début ne correspond pas toujours à celui des accidents ; bien souvent ce tableau n'existe que lorsque sous l'influence de l'infection, la perforation s'est faite.

Aussi arrive-t-il de relever avant cette phase si spéciale, des douleurs peu intenses, un léger gonflement herniaire avec irréductibilité, quelques coliques. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent ces symptômes si nets qu'il nous faut étudier. La douleur est vive et subite ou sourde ;

elle est en général uniforme dans toute la tumeur, sans maximum au collet comme dans l'étranglement ordinaire. La peau est normale, au moins au début. Les tentatives de taxis, d'une part, la propagation de l'infection, d'autre part, suffisent à déterminer de ce côté de la rougeur, de l'inflammation.

A la palpation, la hernie a une consistance assez ferme, moins considérable que dans l'étranglement. Cette palpation est douloureuse, surtout si on tente le taxis. La percussion donne des résultats variables, mais souvent on aura de la sonorité. Malgaigne signale, comme caractère important, la facilité avec laquelle le doigt peut trouver et pénétrer dans l'anneau herniaire.

La réductibilité peut s'observer au début des accidents, si la hernie l'était avant. Bien souvent, cette propriété se perd rapidement, et la hernie reste fixée, soit par des adhérences anciennes, soit par des adhérences récentes.

Les symptômes gastro-intestinaux et des phénomènes généraux sont assez variables.

Chez certains malades, ils peuvent manquer complètement ; ces cas sont rares.

Parfois, ils se réduisent à peu de chose : quelques hoquets, des éructations, des nausées, de petites coliques : fièvre nulle ou légère.

Souvent, il faut le reconnaître, apparaissent des vomissements opiniâtres ; ces vomissements peuvent survenir d'une façon précoce ; ils peuvent se produire par intermittence. Ils sont d'abord simples, puis bilieux, assez souvent stercoraux. Ce dernier caractère n'est pas constant, en tout cas il est tardif. La constipation est difficile à vaincre. Les coliques sont parfois violentes, localisées à la hernie ou généralisées. L'abdomen se tend, devient dur, douloureux ; l'état général s'altère, le pouls est fréquent et

dur, pour devenir petit et misérable à la fin ; le facies se grippe, les yeux s'excavent, la mort survient.

Ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que ces symptômes ne prennent ce caractère de gravité que lorsque la perforation est faite. Il est plus curieux de voir combien à des lésions graves correspond un état clinique bénin en apparence, comme en font foi les deux observations suivantes :

Observation IX

Résumée

Grosse hernie inguinale enflammée. Symptômes bénins, réduction facile par le taxis. Mort rapide. Molière, in Lyon Médical, 1883.

Malade de 79 ans, porteur d'une hernie inguinale qui n'a jamais été contenue. La hernie se réduit facilement. Il y a 15 jours, douleurs sourdes, quelques coliques ; la veille, irréductibilité. Coliques, nausées, pas de vomissements. Taxis avec succès au bout de cinq minutes ; une heure après, coliques intenses, nausées, vomissements, symptômes de péritonite suraiguë. Mort. L'autopsie révéla une perforation intestinale avec issue de matières fécales dans l'abdomen. Pas de traces de constriction.

Observation X

Résumée

Grosse hernie inguinale enflammée. — Symptômes bénins, réduction facile par le taxis. — Imprudence. — Nouveau taxis également facile. — Mort rapide. — (Tédenat, Montpellier médical, 1887.)

X..., âgé de 35 ans, hernie datant de 10 ans, soutenue par un suspensoir et réductible. Légère douleur pendant 7 à 8 jours. Le 2 juin, irréductibilité ; un taxis facile remet tout en ordre. Le 3, la hernie ressort. Le 4, nouveau

taxis, facile, sans anesthésie. L'après-midi, symptômes de péritonite suraiguë. Mort le lendemain matin à dix heures. L'autopsie montra l'existence d'une perforation intestinale avec péritonite.

IV. Etranglement

Les symptômes d'étranglement intrasacculaire sont les mêmes que ceux de l'étranglement ordinaire, du moins en ce qui concerne les troubles gastro-intestinaux et l'état général. Vomissements, arrêt complet des matières et des gaz, coliques, ballonnement du ventre, altération de l'état général, tout se trouve également réuni. Ce tableau est celui de l'étranglement ordinaire : nous n'y insisterons donc pas; il faut noter cependant que, comme dans l'étranglement ordinaire, les accidents peuvent être insidieux, s'établissant sans fracas, et prennent l'aspect des étranglements peu serrés à évolution lente.

Les symptômes herniaires sont différents ici : la tension est modérée, parfois nulle ; la douleur est peu intense, uniformément répartie et non localisée au niveau du pédicule.

L'anneau est large ; on peut parfois obtenir une réduction partielle avec gargouillements. Cette réduction ne peut pas être maintenue.

Evolution

Certains de ces accidents peuvent régresser ; l'engouement, l'inflammation légère sont du nombre. Mais en règle générale, il ne faut jamais compter sur cette régression. Deux éventualités sont alors possibles : ou la formation

d'un phlegmon stercoral qui s'ouvrira à l'extérieur — c'est l'issue la meilleure, nous semble-t-il — ou la péritonite avec issue fatale. Nous verrons, à propos du traitement, les résultats donnés par les différentes thérapeutiques.

DIAGNOSTIC

Il ne saurait être question de discuter ici le diagnostic des accidents herniaires et des affections voisines. L'existence d'une hernie volumineuse est assez nette par elle-même et il suffit d'y penser pour rapporter à cette affection les troubles que l'on constate.

Est-il possible de différencier les accidents herniaires les uns des autres ? Est-ce même utile ?

Sauf pour l'irréductibilité seule, nous croyons qu'il est difficile de diagnostiquer sûrement une inflammation plutôt qu'un engouement ou qu'un étranglement. On pourrait, il est vrai, opposer sur le papier les symptômes des uns et des autres, en s'efforçant de trouver des différences telles que le diagnostic différentiel s'impose. En fait, la chose est impossible : les variations des tableaux cliniques dans la plupart des cas ne permettent pas en général de faire ce diagnostic au lit du malade.

Et d'ailleurs qu'importe, puisque ces divers accidents peuvent entraîner une issue fatale, puisque l'expérience a permis de régler d'une façon nette la question thérapeutique, et que l'intervention doit être la même dans tous les cas. Ce diagnostic importe donc peu.

Le discuter serait faire une œuvre inutile et fastidieuse, par ailleurs il est impossible ; si dans les cas types, il peut se faire, en général on ne le pourra pas.

PRONOSTIC

Ce que nous avons dit plus haut à propos de la clinique, nous permet de porter un pronostic très réservé en présence de pareils accidents si on les abandonne à eux-mêmes. L'irréductibilité par adhérence peut elle aussi voir éclater des accidents graves.

Aussi, ne faut-il jamais compter sur la régression possible et ne mettre pas même en balance l'âge du malade, les observations étant là pour démontrer surabondamment que jeunes ou vieux, porteurs de hernies volumineuses, sont exposés aux mêmes accidents, aux mêmes complications.

TRAITEMENT

I. — Historique

Nous ne voulons pas non plus faire ici toute l'histoire des interventions proposées ; nous tenons simplement à préciser les grosses étapes de la question, nous citerons seulement Malgaigne et Gosselin.

Partant de sa théorie de l'engouement ou de l'inflammation, Malgaigne conseillait la temporisation. Les résultats, il est aisé de s'en rendre compte, étaient désastreux. Quelques années plus tard, Gosselin, attribuant à un étranglement peu serré les accidents des grosses hernies, conclut au taxis prolongé, répété, violent même, à la kélotomie retardée.

En somme, expectative ou taxis, voilà quelles étaient les deux méthodes préconisées. La kélotomie, imaginée par Franco, décrite par Ambroise Paré, était reléguée au second plan et les accidents septiques qui l'accompagnaient n'avaient pas été pour rien dans cette manière de voir. Les résultats désastreux du traitement préconisé par Malgaigne et Gosselin, la connaissance plus approfondie des lésions des grosses hernies, ramenèrent les chirurgiens à l'intervention, et Molière, de Lyon, a été un de ceux qui ont le plus contribué à cette manière de voir. L'antisepsie et l'asepsie aidant, la kélotomie a gagné du terrain, et, à l'heure actuelle, on peut dire que la question est jugée. C'est à la kélotomie seule que l'on doit avoir recours.

II. — Les méthodes préconisées, leurs avantages, leurs inconvénients.

Nous ne ferons que signaler l'expectative et le traitement par des cataplasmes, des applications d'éther, pour ne nous occuper que du taxis et de la kélotomie.

A. Le taxis. — Le taxis a donné, il faut le reconnaître, quelques résultats. Mais il suffit de lire les observations anciennes pour voir revenir comme un glas funèbre : *hernie enflammée ou étranglée, taxis, mort.*

Pourquoi le taxis est-il si mauvais ? Il est aveugle, il est brutal.

Il est aveugle. On peut réintégrer une anse perforée dans l'abdomen et déterminer une péritonite mortelle. L'observation suivante en est la preuve :

Observation XI

Hernie inguinale énorme enflammée.— Taxis réduisant dans la cavité abdominal le contenu septique du sac (Herhoeven, Rev. méd., chir., 1848).

Homme 38 ans. Hernie scrotale énorme, datant de quatre ans, enflammée depuis plusieurs jours. La tumeur est dure, très douloureuse, recouverte d'une peau enflammée. Ventre douloureux, constipation, fièvre.

On diagnostique un engouement. Le lendemain on réduit la tumeur. Le troisième jour, la douleur abdominale s'accroît ; le quatrième jour, vomissements. La péritonite est évidente. Mort le sixième jour.

Autopsie. — Péritonite des mieux caractérisées. Sérosité, fausses membranes, flocons albumineux, etc...

Le taxis peut déterminer la réduction en masse, rare, il est vrai, dans les grosses hernies, et laisser persister l'étranglement.

Il est brutal enfin, et aggrave les lésions produites, traumatise les intestins, favorise l'ulcération et la perforation.

Pour toutes ces raisons, pour les résultats désastreux qu'il a donnés, on doit le rejeter de parti pris. Tout au plus, pourra-t-on l'essayer dès l'apparition des accidents sans violence, et pendant très peu de temps, et encore, n'est-on pas sûr d'éviter ces complications.

B. Kélétomie. — A l'heure actuelle, l'asepsie et la technique ont réglé définitivement la question : les résultats sont probants. Si la kélotomie laisse toujours la porte ouverte aux accidents infectieux si rares à l'heure actuelle elle seule permet de constater de visu les dégâts et d'agir en conséquence ; elle sera aussi précoce que possible, car de l'heure de l'intervention, dépend le succès.

Conduite à tenir dans les différents cas : Quelle que soit la complication à laquelle nous aurons affaire, il faut intervenir. Nous ne devrons jamais oublier, en effet, que ces accidents peuvent tous avoir une issue fatale.

Nous nous bornerons à rappeler les règles générales à suivre en pareils cas. Elles sont les mêmes pour toutes les interventions :

1° *Les lésions sont légères* ; il n'y a pas de péritonite ; l'intestin est sain.

Il suffit de libérer les viscères, de supprimer toutes les adhérences et de réduire, après s'être assuré qu'aucune partie n'est dépourvue de revêtement péritonéal.

S'il s'agit d'une épiplocèle, le mieux est de réséquer le morceau d'épiploon hernié.

2° *Il y a des lésions.*

On se comportera suivant la gravité et l'intensité des lésions.

a) Lésions intestinales localisées. — On enfouira sous des sutures les points douteux ; on fera des résections partielles et peu étendues.

b) Lésions intestinales étendues. — Il faudra réséquer largement et faire ensuite l'anastomose termino-terminale.

c) Lésions graves. — Péritonites du sac. Perforation.

Il faut bien se garder de réduire ; malgré une désinfection minutieuse, on s'exposerait à un désastre. Réséquer c'est parfait ; mais il faut laisser à l'infection le temps de se calmer, avant de réintégrer le contenu herniaire.

III. — Résultats

Il suffit de voir, en lisant les observations, les résultats obtenus par les différentes méthodes pour conclure que la kélotomie seule peut donner des résultats.

OBSERVATIONS

Nous avons classé les observations de la façon suivante :

1° Observations dans lesquelles la hernie présente des adhérences (La plupart sont empruntées à la thèse de Boiffin) ;

2° Observations relatives à l'engouement ;

3° Observations relatives à l'inflammation ;

4° Observations se rapportant à l'étranglement ;

5° Nous avons opposé aux observations précédentes qui ont un double but : mettre en évidence d'une part les lésions, d'autre part les résultats désastreux obtenus par la méthode ancienne, quelques observations récentes avec traitement par la kélotomie précoce ;

6° Nous avons terminé par les observations inédites et particulièrement intéressantes dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

Nous nous sommes borné à ne rapporter qu'un certain nombre d'observations, nous avons choisi seulement les plus probantes.

Observations se rapportant aux adhérences

Observation XII

Hernie inguinale droite. — Adhérences. — Etat général. — Cholériforme simulant l'étranglement. — Opération. — Mort (Laborde, in thèse Buffin, résumée).

T. N..., 48 ans, porteur depuis sa jeunesse d'une hernie inguinale droite, contenue pendant dix ans par un bandage que le malade enlève durant ces dix dernières années. Hernie réductible jusqu'à ces trois dernières semaines. A ce moment, douleurs herniaires et abdominales. Altérations de l'état général. Hernie molle et douloureuse.

Taxis. Celui-ci ne réduit qu'incomplètement, la tumeur se reproduit après.

Le ventre se ballonne, vomissements fécaloïdes.

Intervention pratiquée par Malgaigne. Pas d'étranglement. Adhérences de l'intestin altéré à la paroi postérieure du sac. Rupture de ces adhérences ; réduction.

Mort quatre heures après.

Autopsie. — Pas de collet, communication large du sac avec la grande cavité péritonéale. Pas d'étranglement. Contenu formé par cœcum mobile et anse de grêle *fortement recourbée, appliquée et adhérente à elle-même par l'une de ses faces, et par l'autre ayant contracté d'assez fortes adhérences* avec la portion postérieure et inférieure du sac. Perforation intestinale. Entéropéritonite.

Observation XIII

Hernie crurale droite du cœcum, ancienne. — Accidents. — Adhérences. — Perforations de l'intestin grêle. — Mort (Bucquoy, in thèse, Boiffin, résumée).

M. P..., 29 ans, blanchisseuse, porte une hernie crurale droite irréductible depuis cinq ans. Un bandage n'empêche pas l'augmentation de volume.

Deux jours avant d'entrer à l'hôpital, douleurs, vomissements alimentaires puis bilieux, suppression des selles. Altération de l'état général.

Traitement. — Bain prolongé, lavement purgatif.

Amélioration apparente pendant quatre jours. Puis symptômes de péritonite et mort.

Autopsie. — Entéro-épiplocèle. *Adhérences intimes et résistantes unissant l'épiploon et le cœcum herniés aux parties profondes.* Péritonite. Epanchement de matières fécales dans la cavité abdominale et dû à deux perforations siégeant sur une anse d'intestin grêle.

Observation XIV

Hernie inguinale ancienne. — Accident. — Opération. — Adhérences. — Obstacle au passage des matières. — Mort (Beinne, in thèse Boiffin, résumée).

Homme, 65 ans, porteur d'une hernie scrotale gauche volumineuse.

Depuis quatre jours, gonflement, irréductibilité, constipation ; quelques nausées, pas de vomissements.

Taxis infructueux. Intervention. Intestin adhérent en arrière et sur les côtés ; on respecte les adhérences ; mort le quatrième jour.

Autopsie incomplète, permettant seulement de rejeter la péritonite généralisée.

Observation XV

Hernie inguinale gauche ancienne. — Accidents d'étranglement, pas d'opération. Accidents consécutifs éloignés. — Mort (Cayol, in thèse Boiffin, résumée).

Hernie inguinale gauche datant de 15 ans, réductible, chez un homme de 47 ans.

Accidents rappelant l'étranglement herniaire. Taxis in-

fructueux pendant trois jours. Entre à l'Hôtel-Dieu dans un état grave : hoquets, vomissements de matières fécales. Pas d'intervention. Persistance de ces symptômes pendant deux semaines. Puis amélioration. Le malade sort. Troubles intestinaux persistants. (Douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée.)

Il revient à l'hôpital le 2 janvier. Mort le 3.

Autopsie. — Entéro-épiplocèle. Adhérences de l'intestin par le sommet de l'anse. Pas d'étranglement au collet. Rétrécissement au niveau des adhérences.

Nous nous sommes borné à rapporter quelques observations relatives aux adhérences, il aurait été facile d'en réunir davantage puisque Boiffin, dans son travail sur *Les hernies adhérentes au sac*, en cite 72 cas.

Observations relatives à l'engouement

Nous avons déjà rapporté quelques cas quand nous avons étudié l'engouement. Nous joindrons aux observations précitées deux autres très démonstratives.

Observation XVI

(Gayraud, in thèse Broca, résumée)

Grosse hernie inguinale gauche devenue irréductible chez un enfant de six mois. Symptômes d'étranglement.

Taxis infructueux. Opération le huitième jour après le début des accidents. Hernie du côlon iliaque distendu par des matières fécales très dures. Réduction de l'intestin non altéré, après section de l'anneau. Les selles reparaissent, mais deviennent cholériformes. Mort.

A l'autopsie, pas de lésions appréciables.

Observation XVII

M. M. Dowell, in thèse Broca, résumée)

Hernie scrotale gauche, volumineuse, datant de 35 ans, toujours réductible, non contenue. Depuis quatre jours, gonflement, irréductibilité, constipation, nausées. Taxis infructueux.

Intervention. — Côlon hernié adhérent en arrière et sur les côtés, distendu par matières stercorales. On le vide par pression, sans rompre les adhérences.

Mort le quatrième jour.

Autopsie. — Pas de péritonite ; on ne regarde pas la hernie.

Observations relatives à l'inflammation des hernies

Observation XVIII

Hernie inguinale droite volumineuse, depuis longtemps irréductible — Adhérence fibreuse large et courte : fixant une anse d'intestin grêle au fond du sac. — Perforation de l'anse, sans trace de constriction. — Résection de 30 centimètres d'intestin.— Bouton de Murphy. — Mort Tédenat, in thèse Mazoyer, résumée).

Hernie inguinale droite, mal maintenue, chez un homme de 56 ans, et datant de 36 ans.

Le 3 novembre. — Coliques et diarrhée, constipation, nausées ; la hernie augmente de volume. Taxis infructueux.

Le 10 novembre. — M. Tédenat, malgré l'état grave du malade, intervient.

Perforation intestinale ; issue de matière fécale, *pas de constriction par le collet du sac*. Péritonite généralisée. Résection intestinale. Réunion au bouton de Murphy. Mort trois jours après.

Observation XIX

Hernie inguinale droite, entéro-épiploïque enflammée à la suite de violentes manœuvres de réduction. — Pas d'étranglement. — Deux petits abcès de la paroi intestinale. — Résection d'une masse épiploïque de 10 cent. d'intestin suturé bout à bout. — Guérison (Tédenat, in thèse Mazoyer, résumée).

E. C..., 28 ans. A porté un bandage. La hernie devient irréductible. Taxis violent par un empirique. L'état général et local s'altère. Cinq jours après, M. Tédenat, appelé, constate du ballonnement du ventre, de la sensibilité à la pression dans la fosse iliaque, avec arrêt complet des matières et des gaz. Etat général assez bon. Hernie douloureuse et tendue.

Kélotomie immédiate. Résection épiploïque. Résection intestinale. L'intestin ne frise pas de sillon de constriction. Suture intestinale.

Guérison.

Observation XX

Tédenat. — Résumée

Homme âgé de 35 ans, porteur d'une hernie datant de 10 ans, réductible et soutenue par un suspensoir.

Depuis quelques jours, douleurs, irréductibilité. Un taxis léger fait disparaître les accidents. On applique un spica.

Le malade enlève son bandage. Réapparition des accidents.

Taxis léger suivi de succès. Ballonnement du ventre, vomissement. Mort le lendemain.

Autopsie. — Péritonite. Perforation d'une anse de grêle sans trace de constriction. Abcès de la paroi de l'intestin. Ulcérations multiples de la muqueuse.

Observations relatives à l'étranglement intrasacculaire

Observation XXI

Entéro-épiplocèle crurale très volumineuse avec sac épiploïque adhérent. — Kélotomie. — Mort (Baga, in thèse Boiffin, résumée).

Malade présentant des accidents d'étranglement depuis 4 à 5 jours. Vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre ; hernie de consistance pâteuse, un peu tendue, douloureuse.

Opération immédiate : Sac épiploïque, anse intestinale étranglée par un anneau limité en avant et en dehors par l'épiploon, en arrière par la partie postérieure du sac, en dedans par le ligament de Gimbernat. Réduction après débridement. Phlegmon du sac. Complications cardio-pulmonaires. Mort le cinquième jour.

Autopsie. — Intégrité de l'intestin et du péritoine.

Broncho-pneumonie généralisée.

Observation XXII

Hernie inguinale ancienne. — Etranglement. — Opération. — Adhérences, plaques gangréneuses — Dissection, réduction avec fixation de l'anse. — Fistule stercorale. — Guérison (Bauguet, in thèse Boiffin, résumée).

Jeune homme de 24 ans, atteint de hernie inguinale congénitale ; irréductible depuis 15 ou 16 ans.

Le 22 mai 1869, apparition des accidents d'étranglement.

Le 25 mai, intervention. *Adhérences solides et résistantes, fixant l'intestin et l'épiploon* à la paroi postérieure et supérieure du sac. Etranglement de l'intestin qui présente deux plaques de sphacèle.

Destruction des adhérences, résection épiploïque, fixation

de l'intestin. Fistule stercorale oblitérée au bout d'un mois. Guérison.

Observation XXIII

Hernie ombilicale. — Opération. — Adhérences récentes de l'intestin. — Mort (Berger, in thèse Boiffin, résumée)

Femme âgée de 50 ans, portant une volumineuse hernie ombilicale qui a donné lieu à des accidents passagers.

Le 15 novembre 1877, accidents d'étranglement ; le 20 elle entre à l'hôpital. Opération immédiate.

Intervention. — Sac cloisonné par des adhérences épiploïques. Etranglement de l'intestin adhérent à l'épiploon.

Résection. Mort, quatre jours après, de péritonite.

Autopsie non pratiquée.

Les observations qui suivent sont de date récente. Elles montrent les bons résultats de la kélotomie précoce et l'existence de volvulus intra-herniaire ou intra-abdominal.

Quatre cas de volvulus associé à une hernie Knaggs. The Lancet, 1909, t. 1. n° 10. 6 mars (résumée) d'après Guibé, in Journal de chirurgie, t. II, p. 529.

Observation XXIV

Hernie inguinale gauche. Volvulus intra-abdominal.

Un homme de 60 ans présente depuis 20 ans une hernie inguinale qui, dans un effort de toux sort et ne peut rentrer. La hernie augmente et devient douloureuse ; vomissements. Intervention 13 heures après l'issue de la hernie ; on trouve dans le sac une anse d'intestin grêle congestionnée, longue de deux pieds, et un mésentère épais et graisseux

avec épanchement sanguin. On pense à la possibilité d'un volvulus intra-abdominal : mais, en tirant sur l'anse, on voit de chaque côté un sillon bien marqué, et l'intestin sus-jacent est sain. Réduction. Après avoir été satisfaisant pendant quelques jours, l'état du malade empire et il meurt sept jours après l'étranglement.

A l'autopsie, en ramenant l'intestin dans l'orifice herniaire, on voit que la partie inférieure du mésentère et l'intestin correspondant (6 à 8 pieds d'iléon) sont tordus, autour de l'axe mésentérique, de 180 degrés de gauche à droite : la branche supérieure descendant verticalement en bas, la branche inférieure passant horizontalement derrière la première. La réduction de la hernie n'avait pas supprimé la torsion, mais avait diminué la striction, car, au-dessous de ce point, l'intestin était congestionné et sur le point de se gangréner.

Observation XXV

Hernie inguinale droite. — Volvulus intra-abdominal

Homme de 62 ans, ayant une hernie inguinale droite depuis onze ans. A 5 heures du matin, il ressent une vive douleur dans la partie inférieure de l'abdomen et dans la hernie : il entre à l'hôpital dès le soir, dans un état déjà très grave, avec des signes d'étranglement herniaire. A l'opération, on trouve un sac plein de liquide sanglant, contenant 45 cm. d'intestin grêle congestionné, mais non étranglé.

En attirant l'anse, on constate toujours le même état avec infarctus du mésentère. Diagnostiquant un volvulus, Knaggs agrandit son incision vers le haut et on trouve un volvulus de 180° de droite à gauche. Détorsion. Guérison accompagnée d'hémorragies intestinales pendant une semaine.

Observation XXVI

Hernie inguinale gauche. Volvulus.
En tout point semblable à la précédente.

Observation XXVII

Hernie inguinale droite. — Fusion du grand épiploon

Homme de 31 ans présentant des signes d'étranglement herniaire. Opération. Dans la hernie, on trouve un fragment de grand épiploon fortement congestionné et infiltré de caillots ; pas d'étranglement.

En tirant sur l'épiploon, on amène sa portion abdominale qui est enroulée et présente le même aspect jusqu'à son insertion du côlon transverse. Résection de l'épiploon. Guérison.

Observation XXVIII

Volvulus associé à une hernie (Dobson, The Lancet, 1909, t. I, n° 10, 6 mars

Homme de 43 ans, ayant une hernie inguinale droite depuis plusieurs années. Depuis 48 heures, la hernie est devenue volumineuse, douloureuse et irréductible. Constipation. Vomissements. Le malade entre à l'hôpital en état de collapsus, avec extrémités froides, pouls petit et incomptable. L'abdomen est tendu et ballonné ; mais il est possible de sentir, dans la fosse iliaque droite, une tumeur tendue, grosse comme une tête de fœtus et s'étendant vers l'ombilic. Le diagnostic porté est : volvulus de l'intestin grêle, en partie dans l'abdomen, en partie dans le sac herniaire.

Laparotomie médiane. Deux mètres environ de la par-

tie inférieure de l'iléon sont tordus et en partie logés dans le sac. Intestin noirâtre, plaques de gangrène.

Excision du volvulus et abouchement des deux bouts à la peau. Mort au bout de 36 heures.

Observation XXIV

Péritonite herniaire avec corps étrangers : résection iléocolique. — Guérison Hardinin. Soc. de chir. 26 avril 1910 résumée

Homme de 57 ans, porteur d'une hernie inguinale droite volumineuse. Etranglement.

Opération deux jours après. Le sac ouvert donne issue à une grande quantité de pus ; il contenait des anses de grêle, rouges, accolées, sur l'une desquelles on trouve un fragment de feuille de sapin, cause probable de l'inflammation et de l'étranglement. Résection iléocolique comprenant 1 m. 50 de grêle.

Guérison.

Observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat

Observation Première

Hernies inguinales : la gauche a le volume du poing ; la droite étranglée est beaucoup plus volumineuse contient trois litres de sérosité avec flacon fibrineux, les deux ovaires et l'utérus, un gros bloc d'épiplon, une longue anse d'intestin grêle, une portion du côlon transverse. Guérison opératoire. Mort de broncho-pneumonie au 50e jour après l'opération.

Mme de B..., 62 ans, porte depuis une vingtaine d'années deux hernies inguinales volumineuses. Corset serré, jamais de brayer, troubles dyspeptiques fréquents depuis une dizaine d'années ; hernies souvent douloureuses. Elle a eu deux accouchements normaux. Ménopause à 48 ans, petite taille, obèse ; caractère fantasque.

Depuis 3 ou 4 ans, les hernies deviennent douloureuses avec constipation et petits symptômes d'étranglement. C'est plus souvent la hernie droite.

15 décembre 1910. Hernies douloureuses avec nausées, constipation absolue. C'est dans la hernie droite, très tendue, peu douloureuse, que semblent se produire les accidents. Compresses d'éther, compression avec la boule en caoutchouc, lavements, sont employés du 15 au 20 décembre. Ce jour-là, le docteur Magnol appelle en consultation M. Tédenat ; nausées fréquentes, de loin en loin un vomissement. Ventre ballonné, hernie gauche un peu tendue, indolore à la pression. Dans la hernie droite : tension, douleur à la pression, fluctuation. A travers le liquide intra-sacculaire abondant, on sent de l'épiploon, une grosse masse piriforme, dure et lisse, des anses intestinales très distendues avec clapotis à la pression. MM. Magnol et Tédenat voudraient éviter l'opération à cause du caractère indocile de la malade. Les petits moyens déjà employés sont utilisés. La situation s'aggravant, la malade entre à la Villa Fournier le 22 au soir. M. Tédenat l'opère le 23 décembre au matin.

Opération : anesthésie avec l'éther, goutte à goutte après injection sous-cutanée de morphine atropine. Incision suivant le grand axe de la tumeur qui mesure 36 centimètres. Dès que le sac est ouvert, il s'écoule trois litres de sérosité où nagent des flocons fibrineux. On réséque un bloc d'épiploon induré du volume des deux poings. Il adhère au fond du sac. Anse d'intestin grêle très longue, fortement distendue par des gaz et des liquides. Elle est tordue et ne peut être détordue, ni vidée par pression, à cause de la torsion et d'adhérences qui la rattachent à l'utérus très gros, long de 12 centimètres, et aux annexes. Une incision longitudinale, longue de deux centimètres, est

faite sur chaque branche de l'anse. Il s'échappe des gaz et plus de deux litres de matière fécaloïde fétide. Une suture à la Lambert est faite sur chaque incision. Il faut faire une incision analogue sur une grosse anse du côlon transverse par laquelle on exprime environ un litre de matière fécale moins fluide et moulée. Le doigt pénètre alors dans le collet herniaire peu serré, sur lequel l'utérus fait bouchon. Il s'écoule de la cavité péritonéale deux grands verres de sérosité louche. M. Tédenat pensè à pratiquer l'excision de l'utérus et des annexes qui lui paraît relativement facile ; mais l'opération dure depuis 20 minutes, la malade est vieille, très affaiblie. Il réduit l'intestin, laisse l'utérus en place adhérent au haut du sac — suture de la plaie — pansement sec ; les téguments ont été un peu meurtris par les tentatives antérieures de taxis.

24 décembre. Opération bien supportée, peu de selle. Urine, 500 grames. Etat général bon ; température, 36° ; pouls, 90.

25 décembre. Selle spontanée abondante, suivie de soulagement. Etat général bon. Température, 37°3, pouls, 80.

30 décembre. Selles régulières. Etat général bon. La malade prend lait, purée ; très capricieuse, elle fait des imprudences, comme elle a toujours fait en pleine santé. Le premier pansement est fait ; réunion parfaite de la plaie ; autour de la suture, érosions dues à l'irritation des téguments par toutes les manipulations de la hernie avant l'opération.

3 janvier. Etat général bon ; deux ou trois selles diarrhéiques par jour ; le pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours, à cause des érosions cutanées.

7 janvier. La malade s'est levée malgré son infirmière, est allée à la fenêtre ouverte, par un temps très froid Un peu de bronchite.

10 janvier. Pansements humides ; les érosions se cicatrisent. Une selle quotidienne. Gros appétit. Bronchite à peu près disparue.

16-22 janvier. Plaie cicatrisée. La malade rentrerait chez elle, mais son mari est mort le 15 janvier, ce qu'on veut lui cacher ; très capricieuse et indocile, elle ouvre les fenêtres, s'expose au froid vif.

5 février. Grave broncho-pneumonie à laquelle elle succombe le 13 février. Tout s'était passé du côté de la hernie et de l'abdomen aussi bien qu'on pouvait le désirer, malgré les imprudences auxquelles on devait s'attendre de la malade et auxquelles elle s'est livrée.

Cette volumineuse hernie était de composition aussi compliquée ; elle contenait l'utérus fibromateux et les annexes, une anse d'intestin grêle, longue de 40 centimètres, en volvulus peu serré et distendue par des gaz et une purée fécaloïde abondante et fétide, une portion du côlon transverse, une abondante sérosité. C'est par le volvulus de l'anse grêle et par la compression exercée par l'utérus que se sont produits les phénomènes d'obstruction et d'inflammation. Le collet n'exerçait pas de constriction, et les anses herniées ne portaient aucune trace de constriction. A noter le volume énorme que présentaient les franges épiploïques du côlon. Elles formaient trois tumeurs dures, ayant chacune en moyenne le volume d'un œuf de poule.

Le volvulus ne peut être réduit qu'après évacuation du contenu aéro-fécaloïde de l'anse. Une ponction avec un trocart de 2 millimètres fut sans résultat. M. Tédenat se décida donc à faire des incisions de 15 millimètres sur chaque anse et les ferma, après évacuation du contenu de l'anse, par une suture de Lambert. Nous avons vu M.

Tédenat obligé d'agir ainsi dans deux cas de volvulus de l'S iliaque qui sont d'ailleurs bien guéris.

Observation II

Recueillie par le Docteur Dusser

Grosse hernie inguinale gauche contenant une longue anse du colon iliaque adhérente au fond du sac et comprimant une anse d'intestin grêle. — Opération au 8e jour de phénomène d'obstruction. — Guérison radicale.

M. de B..., ancien notaire, 62 ans, entre à la clinique privée du professeur Tédenat le 21 mai 1905.

La hernie est survenue à l'âge de 37 ans. Le bandage a été porté de façon irrégulière, le malade l'accusant de provoquer des pertes séminales fréquentes. Comme elles se produisaient alors qu'il ne portait pas le bandage, le bandage était repris. M. de B... a un véritable arsenal de brayers de toutes marques et de toutes formes. Depuis cinq ou six ans, il voit, deux ou trois fois par mois, M. Tédenat à cause de coliques autour de la hernie, de son testicule, droit, scléreux, atrophié, de ses pertes séminales.

La hernie, depuis une dizaine d'années, est irréductible; de temps en temps, elle se tuméfie, devient douloureuse, avec constipation. La compression avec un spica, le repos au lit, mettent fin à ces petits accidents qui deviennent plus fréquents et plus graves. Pour ces raisons, M. Tédenat a conseillé à plusieurs reprises, depuis trois ans, une intervention chirurgicale.

Le 13 mai 1905, la hernie est devenue douloureuse, tendue, plus volumineuse. Les douleurs, dès le lendemain, se sont irradiées dans la fosse iliaque gauche. Des essais de taxis, un spica compressif, ont été essayés à plusieurs reprises sans résultat. Le 18, nausées, vomissements ; M. Tédenat appelé le 20 mai, conseille l'opération déjà con-

seillée la veille par le docteur Magnol. M. de B... entre à la clinique du professeur Tédenat le 20 au soir ; il est opéré le 21 à 7 heures du matin.

La hernie a le volume d'une tête d'adulte ; son volume a beaucoup augmenté depuis hier par suite d'un épanchement liquide dans le sac. On sent une anse volumineuse charnue, distendue par des gaz et autour d'elle des masses noduleuses qui sont dues à de l'épiploïte. M. Tédenat se reconnaît assez bien dans cette hernie qu'il a examinée à plusieurs reprises, soit aux périodes froides, soit aux périodes de complications analogues à celle-ci, mais moins intenses et moins tenaces.

Après injection de morphine atropine, l'anesthésie est rapidement obtenue avec le mélange A C E ; la pusillanimité, la nervosité du malade lui font refuser l'anesthésie locale à la cocaïne.

Après incision du sac, il s'écoule environ un litre de sérosité sanguinolente et quelques coagula fibrineux.

Un paquet de grand épiploon, du volume du poing, adhère à la partie moyenne de la face antérieure du sac. Il présente des nodules durs, les veines distendues, quelques-unes thrombosées Il est décollé péniblement, attiré au dehors. Ligature à trois anses en épiploon sain. Excision de la masse épiploïque. Alors se présente une longue anse du côlon iliaque, distendue par des gaz et des liquides, à franges épiploïques tuméfiées, dures. Il adhère fortement au bas du sac et a subi un demi-tour de volvulus. Après excision de l'adhérence très dure, fibreuse qui porte sur une frange épiploïque, l'anse est libérée, détordue et vidée par des pressions méthodiques. Elle est rentrée dans l'abdomen après débridement du collet qui serre peu, mais ne peut laisser passer l'anse œdématiée et les franges épiploïques volumineuses et dures. Sous l'anse colique existe encore

une anse d'intestin grêle, agglutinée par des adhérences molles récentes. Elle est facilement réduite.

Tout le contenu du sac est réduit ; le sac est traité comme dans toutes les cures radicales, par l'excision après ligature du collet très large. Suture du trajet inguinal.

La guérison se fait sans incident, par réunion immédiate. M. Tédenat conseille à M. de B... de porter une sangle de Glénard. La hernie restait guérie, quand M. de B... mourut le 15 janvier 1911.

Dans cette observation, les phénomènes pathologiques se passaient à l'intérieur du sac ; un léger degré de volvulus de l'anse colique distendue et adhérente au fond du sac, certainement un peu de compression par le gros bloc d'épiploon induré et par les franges épiploïques très augmentées de volume. A noter des phénomènes de péritonite sacculaire, probablement consécutifs à la compression de l'intestin hernié.

Observation III

Hernie inguinale gauche contenant le côlon transverse une grande portion de l'intestin grêle. — Résection de 1800 gr. d'épiploon induré. — Mort deux mois plus tard de phlébite suppurée de la jambe droite.

Pierre C..., 48 ans, garçon laitier, entre le 15 mai 1896 dans le service du professeur Tédenat.

Obèse et alcoolique ; les deux jambes portent des ulcères multiples et des varicosités volumineuses qui se prolongent sur toute la longueur de la saphène interne jusqu'à la partie supérieure des deux cuisses. Malpropreté repoussante.

Depuis huit jours, le malade souffre d'une hernie in-

guinale datant de l'enfance et qui n'a jamais été maintenue.

Depuis cinq jours, vomissements, pas de selles ou de gaz par l'anus. Facies un peu grippé, pouls à 110, température, 38°1.

La hernie mesure en long de son collet mal délimité à son extrémité inférieure, 47 centimètres. Son pourtour transversal maximum est de 59 centimètres. Les téguments sont rouges, un peu œdématiés. On sent une grosse masse dure, noduleuse, qui paraît formée par de l'épiploon induré; au-dessous, un gros boudin à parois fermes, autour duquel existe en bas de la fluctuation. La hernie est sonore à sa partie supérieure.

16 mai. Après désinfection des membres inférieurs ponctués de sanies, du scrotum et du ventre couverts de crasse, M. Tédenat fait une incision de 8 centimètres dans l'axe de la tumeur et au niveau de son collet. Le sac est épais; dès qu'il est ouvert apparaît une masse épiploïque dure avec veines gorgées de sang, quelques-unes thrombosées. Ce bloc adhère assez fortement et de façon discontinue à la paroi inférieure du sac, les adhérences sont sectionnées et liées ; il s'écoule alors environ un litre de sérosité avec des flocons fibrineux. Au-dessous et en arrière, est une anse de gros intestin, rouge, œdématié avec franges épiploïques très épaisses dont quelques-unes adhèrent au fond du sac. Après libération des adhérences, le bloc épiploïque est excisé et noué d'une ligature en chaîne au catgut. Il pèse 1.800 grammes.

Le côlon transverse ne peut être réduit qu'après agrandissement de l'incision vers le haut. Là se trouve une grande longueur (au moins deux mètres et demi) d'intestin grêle rouge, dépoli, grenu. En aucun point, il n'y a de sillon d'étranglement ; mais il existe une plaque arrondie

saillante sur le bord libre de l'anse. Elle a 44 centimèt. de large, avec décollement du péritoine. M. Tédenat l'enfouit par une suture en bourse au catgut. Grâce à la mise du malade en position de (Trendelenburg), la rentrée de tout le contenu du sac herniaire se fait, non sans peine. Le sac est décollé péniblement et son pédicule est lié. Suture comme à l'ordinaire. Le malade était guéri sans complication autre qu'un petit abcès au bord de l'incision, le 30 mai 1896.

On fit des pansements humides sur les jambes ulcérées tachetées de débris de fumier avec phlébite variqueuse.

L'état des jambes était grave au moment de l'intervention sur la hernie. Il était très amélioré le 20 juin. Ce jour là, l'opéré se leva, malgré l'avis qui lui en était donné ; défit son pansement et eut une hémorragie abondante au niveau d'un ulcère occupant la face externe de la jambe droite. Il y appliqua une compresse quelconque, sale, sous laquelle le sang continua à couler. L'interne de garde appelé deux heures après, fit un pansement avec une solution diluée de perchlorure de fer. Des abcès multiples, plus des nappes de pus un peu partout, à la jambe droite, à la cuisse. Le malade alcoolique, avec albuminurie assez forte, très indocile, défaisant son pansement succomba le 25 juillet, c'est-à-dire deux mois et dix jours après l'opération faite pour sa hernie qui restait bien guérie.

Observation IV

Recueillie par le Docteur Dusser)

Hernie inguinale gauche énorme, contenant le côlon transverse, un gros bloc d'épiploon avec un abcès central. — Excision de l'épiploon en masse. — Drainage. — Guérison.

Jean Pel... 50 ans, bonne santé habituelle. La hernie remonte à l'enfance a été maintenue de façon irrégulière

par un bandage. Depuis six ans, la hernie est irréductible et, de temps en temps, elle devient le siège de crises qui imposent quelques jours de repos au lit.

Le malade, voyageur de commerce, entre à la clinique du professeur Tédenat le 5 mars 1899. Depuis six jours, la hernie a augmenté de volume, est douloureuse. Pas d'expulsion de matières fécales ni de gaz par l'anus. Quelques nausées depuis deux jours. Le docteur Dusser a fait appliquer de la glace, des compresses mouillées d'éther, sans résultats appréciables.

La tumeur herniaire a le volume d'une tête d'adulte mate partout, mollasse avec une masse dure centrale du volume du poing. L'anneau est peu serré. La température est de 38°5 ; le pouls à 100 ; ventre un peu ballonné, un peu douloureux à la pression au niveau du pédicule herniaire volumineux. Etat général satisfaisant.

Le 5 mars à 4 heures de l'après-midi, après injections multiples d'une solution à 1/300 de cocaïne, incision dans l'axe longitudinal de la tumeur. Elle remonte au dessus du collet qui est sectionné. Dans la partie haute de l'incision, longues anses d'intestin grêle rouge, distendu avec par places, exfoliation du revêtement péritonéal. Gros bloc d'épiploon induré avec veines dilatées, quelques-unes thrombosées. Il adhère fortement à la paroi du sac. Il est réséqué après ligature en chaîne à quatre anses. Une anse de gros intestin appartenant au côlon transverse adhère par ses franges épiploïques très tuméfiées et dures. Il une paroi épaissie. Il est réduit non sans quelques difficultés. Le sac est capitonné vers son collet avec juste la place d'un drain en caoutchouc. Suture des téguments. Pansement compressif.

La température reste entre 37°5 et 38 ; le pouls entre 90 et 110, du 6 au 9 mars. Selle spontanée abondante. Le

9 mars, au matin, pansement changé, drain enlevé, pas de pus.

Cicatrisation complète le 22 mars.

La masse épiploïque excisée contenait en son centre une collection puriforme du volume d'une noix et très fétide.

La hernie fut contenue par un bandage jusques en novembre 1901. A ce moment, le malade supplia qu'on lui fit une cure radicale. Elle fut pratiquée par M. Tédenat le 3 mai 1902 avec succès.

CONCLUSIONS

Il y a lieu de distinguer dans les accidents intrasaccu-laires des grosses hernies des complications rares et des complications fréquentes.

Ces dernières intéressent à un haut degré le chirurgien et comprennent : les adhérences, l'engouement, l'inflamma-tion sous toutes ses formes, ainsi que l'étranglement.

Ces différentes complications peuvent relever les unes des autres ; elles s'expliquent aisément par les troubles intestinaux, les traumatismes, les entérites qui frappent avec une prédilection marquée les viscères herniés.

La symptomatologie de ces différentes complications varie suivant les cas. Aussi est-il difficile de tracer pour chacune d'elles un tableau clinique, toujours le même, qui permettra dans tous les cas de faire le diagnostic des unes d'avec les autres.

Le pronostic doit toujours être réservé et peut être heureusement influencé par l'intervention.

Le repos, la diète, les antiseptiques intestinaux, ne peuvent suffire, même dans les cas d'inflammation en apparence légère.

La temporisation et le taxis n'ont amené que des dé-sastres ; la kélotomie seule et la kélotomie précoce pourra permettre de sauver le malade et on ne se repentira ja-

mais, même dans les cas d'engouement simple d'être intervenu, parce que on n'est jamais sûr qu'il ne s'agit pas d'un étranglement intrasacculaire, et parce que la complication en apparence la plus bénigne peut, si elle est abandonnée à elle-même, entraîner une issue fatale.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 juillet 1911
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas la prétention de donner ici les indications de tous les travaux parus sur la question. Nous nous contentons d'énumérer les principaux, postérieurs à 1898, renvoyant pour le reste à la thèse de Boiffin et à celle de Mazoyer.

Hernie en général

Berger Paul. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 2e édition, 1898.

Mayde. — Die lehre von den unterleibsbrücken, Wien, 1898.

Mac Adam Eccles. — Hernia, its etiology, symptoms treatement, Londres, 1903.

Rochard. — Les Hernies, Paris, 1904.

Lucas Championnière. — Hernies, hygiène, thérapeutique, Paris, 1904.

Jaboulay et Patel. — Hernies, *in* Delbet et Le Dentu, 1907.

Résections étendues dans la gangrène herniaire

Walstein. — Central Blatt f. chirurgie, 1898.

Schwalach. — Central Blatt f. chirurgie, 1898.

Drusmann. — Berliner Kiniker Woch., 1899.

Barker — The Lancet, 1901, t. I, p. 1186.

Résillot. — Résection intestinale dans les hernies crurales étranglées. Thèse de Lyon, 1908.

Engouement herniaire

Chateau. — Inflammation des kystes sacculaires. Thèse de Paris, 1900-1901.

Petit. — Soc. anat., 1902, p. 342.

Nau. — Revue de gynécologie, 1903, p. 993

Hernies irréductibles

De Montille. — Hernies adhérentes et leur traitement. Thèse de Paris, 1900-1901.

Tuffier. — Soc. de Chir., 1901.

Roque. — Réduction en masse des hernies inguinales étranglées, thèse de Lyon, 1902-1903.

Viannay. — Volvulus herniaire (Lyon Méd.), 1905, t. I, p. 517.

Tuberculose herniaire

Albertin. — Province Médicale, 1901.

Andréros. — Annals of Surgery, 1901.

Chavannaz. — Journal de médecine de Bordeaux, 1902.

Patel et Leriche. — Lyon méd., t. III, 1904.

Cotte. — (Revue générale). Rev. de gynécologie, nov. et déc. 1906.

Hernies épiploïques

Lucas Championnière, Lejan, Potherat, Walther. — Soc. de Chir., 9 mai 1900, p. 390.

Hertz et Bender. — Rev. de gynécol., 1904, n° 4, p. 611.

Audier. — Thèse de Lyon, 1903-1904.

Roche. — Thèse de Paris, 1904-1905.

Lejan. — Semaine médicale, 13 février 1907.

Hernies du gros intestin

Lallemant. — Hernies par glissement, thèse de Nancy, 1898-1899.

Mouton. — Hernies adhérentes par glissement. Thèse de Lille, 1898-1899.

Koch. — Du mode de production des hernies du gros intestin (in thèse de Dorpat, 1899).

De Montrille. — Hernies adhérentes, thèse de Paris, 1901-1902.

Vesigne — Hernies de l'appendice et du cœcum. Thèse de Paris, 1902-1903.

Andrieu. — Hernie de l'S iliaque par glissement. Thèse de Paris, 1903.

Lardemain et Ockinczie. — Hernie par glissement. Journal de chir., 1909, t. II. II, p. 241.

Delagenière. — Hernie inguinale volumineuse et irréductible, compliquée d'occlusion duodénale. Soc. de chir., 1er mars 1910.

Tumeurs herniaires

Mauclaire. — Soc. anat., 1900, p. 832.

Gros-Devard. — Etude sur la carcinose herniaire. Thèse de Paris, 1902-1903.

Escoffier. — Thèse de Lyon, 1906-1907.

Corps étrangers herniaires

Pieneson. — Corps étrangers organisés du péritoine libres dans le sac herniaire. Thèse de Paris, 1903.

Lésions traumatiques

Thiéry. — Soc. anat., octobre 1902.

Pinatelle et Rivière. — Un cas de contusion herniaire avec perforation intestinale (Arch. gén. de méd., 1904, p., 252).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE 13

CHAPITRE II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE 18
I. — Les éléments de la hernie 18
II. — Les altérations et les modifications de ces éléments 19
A. Modifications histologiques et fonctionnelles du péritoine 20
B. Apparition des adhérences 20
C. Altérations de l'intestin 23
1° Altérations de l'intestin grêle 24
2° Altérations du gros intestin. 26
D. Altérations de l'épiploon 27
1° Epiploïte 28
2° Etranglement de l'épiploon 28
3° Torsion de l'épiploon. 29
III. — Les accidents spécifiques 30
A. La tuberculose herniaire 30
B. Les tumeurs herniaires 30
IV. — Les accidents traumatiques. 31

CHAPITRE III. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE 33
I. — Formation des adhérences 33
II. — L'engouement 34
III. — L'inflammation 35
IV. — Coudures, volvulus, étranglement 36

CHAPITRE IV. — Symptomatologie 38
Les adhérences 38
Engouement 39
Inflammation des hernies 40
I. — Epiploïte 40
II. — Entéropéritonite 41
Etranglement 44
Evolution 44

CHAPITRE V. — Diagnostic et pronostic 46-47

CHAPITRE VI. — Traitement 48
I. — Historique 48
II. — Les méthodes préconisées 49
A. Le taxis 49
B. Kélotomie 50
III. — Résultats 51

Observations 52

Conclusions 73

Bibliographie. 75

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !